



## **FICHE D'INSCRIPTION A LA FORMATION**

A renseigner et envoyer après avoir rempli avec la copie de bordereau de paiement de frais de formation.

### **1. Information sur le Séminaire**

- Titre de formation : Formation au cours international de Médecine Gériatrique
- Diplôme : Diplôme Université CIMG
- Université : SORBONE /Paris
- Session :2023 -2024
- Personne à contacter : +243 821 114 780 / +43 064 104 566

### **2. Information sur le participant**

- Prénom : .....
- Nom : .....
- Tél. Mobile : .....Email : .....
- Profession : .....
- Formation de base : .....
- Niveau d'études : .....
- Université : .....
  
- Poste actuel : .....
- Employeur du participant (le cas échéant) : .....
- Dénomination et Adresse : .....  
.....
- Tél : .....Email : .....

### **3. Engagement à participer à ce séminaire avec l'accord de mon service employeur**

Signature du participant

Signature du GEMENU